

In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucrative use.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for some content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however, we are not able to contact all the authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on:
facadm16@gmail.com

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.



Conduite a tenir devant une Hémorragie Digestive d'origine Haute

Dr DRIR
07/02/2016

Définition

- **HDH** saignement ayant pour origine le tractus digestif supérieur situé au dessus de l'angle de Treitz:
 - Œsophage
 - Estomac
 - Duodénum
 - Voies biliaires (hémobilie)
 - Wirsung (wirsungorragies)

Généralités

- Fréquence ➡ 80-90% des HD
- Urgence médico-chirurgicale
 - ➡ *Hospitalisation dans une structure spécialisée*
- Étiologies multiples ➡ MUGD+++
- Examen clé ➡ Endoscopie digestive haute
 - ➡ *Diagnostic ± Thérapeutique*
- La mortalité
- Pronostic

Démarche rigoureuse en 3 étapes:

1 Reconnaître l'hémorragie digestive haute (Dg+ Dg≠)



2 Apprécier la gravité et prendre les mesures thérapeutiques d'urgence



3 Rechercher son étiologie et instituer un traitement spécifique

- Reconnaître l'hémorragie dig haute
- Éliminé ce qui n'est pas une HDH
 - Apprécier la gravité
 - Mesures d'urgences
- Rechercher une étiologies
- Traitement spécifique

Reconnaître HDH → *Diagnostic positif*

Cas faciles

HDH extériorisée

*Hématémèse
Méléna
Rectorragies*

Cas difficiles

HDH non extériorisée

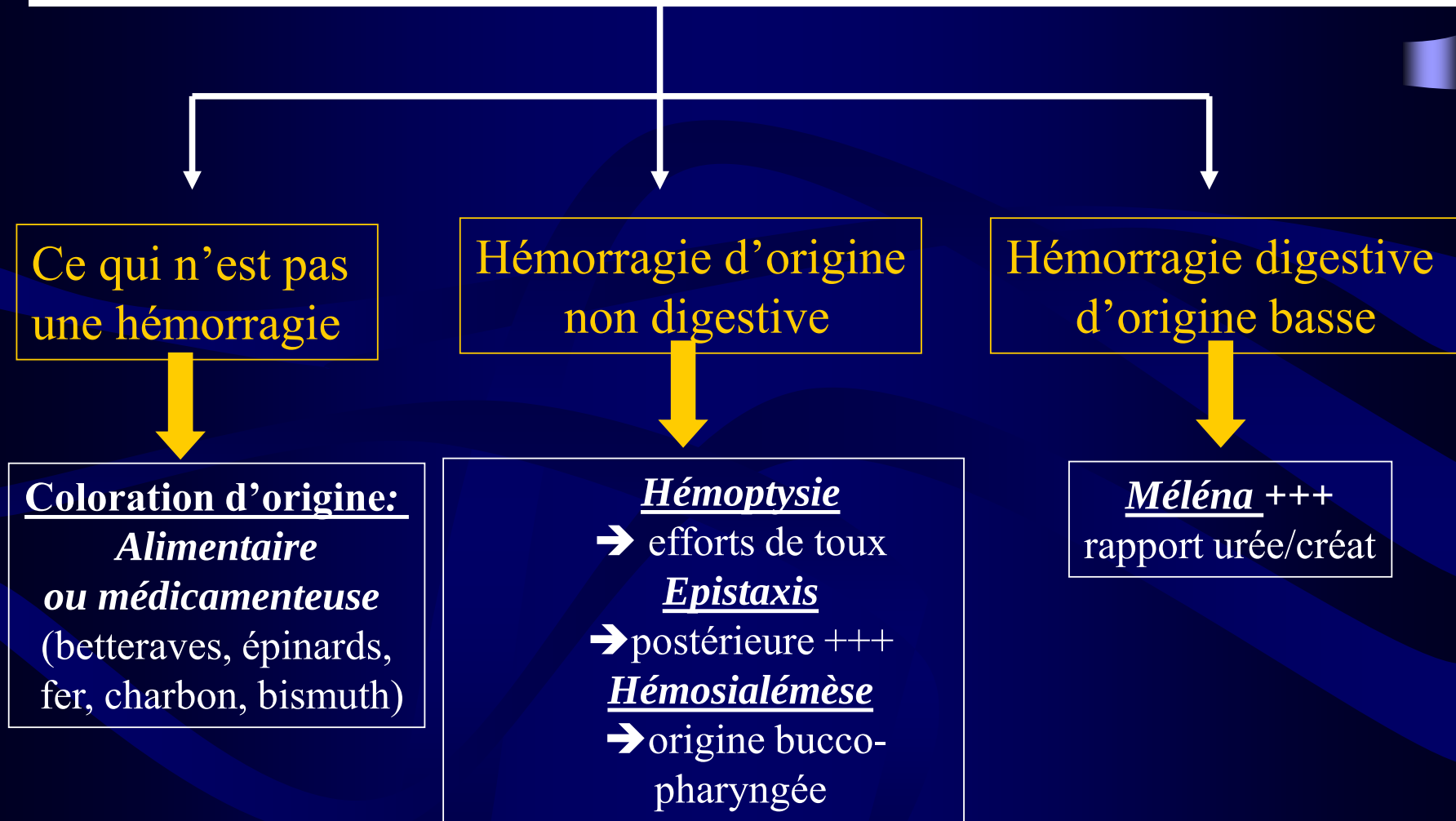
Anémie aigue
état de choc

sonde nasogastrique

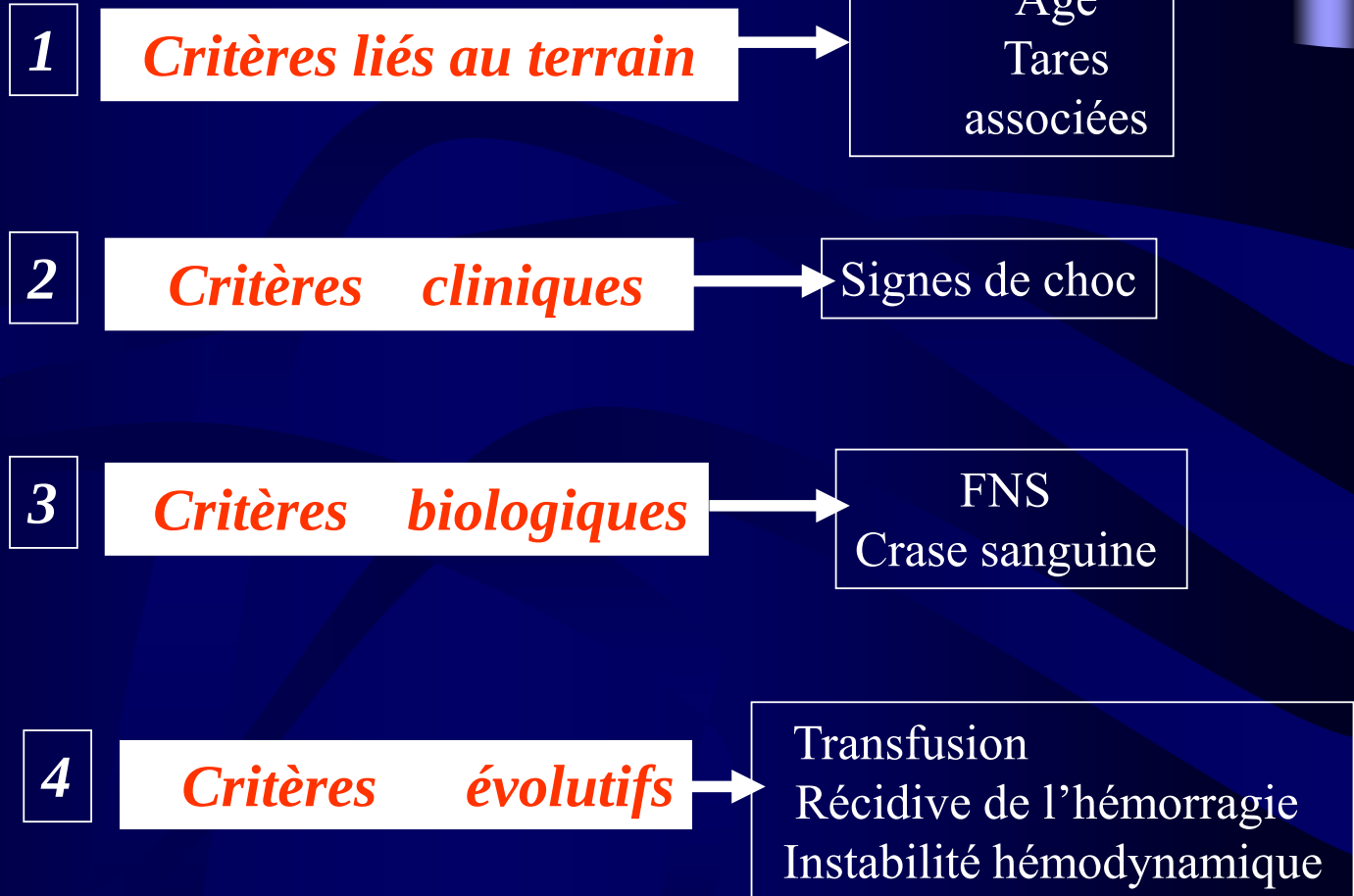
Anémie chronique
ferriprive
(saignement occulte)

bandelettes réactives
Hémocult

Reconnaître HDH → Diagnostic différentiel



Evaluer la gravité ➡ Critères de gravité



- Hgie de grande abondance
- Hgie de moyenne abondance
- Hgie de petite abondance

Mesures d'urgence

- Restaurer la masse sanguine:

- KT de gros calibre + bilan d'urgences
- O2/sonde nasale, masque ou ventilation assistée
- Remplissage /macromolécules puis sang iso groupe iso rhésus au besoin phénotypé si antécédents de transfusions sanguines

Tx d'hématocrite 30 %sujet agé

Tx d'hématocrite 20-25 %chez le sujet jeune

Transfusion si **Hgie digestive non HTP** :

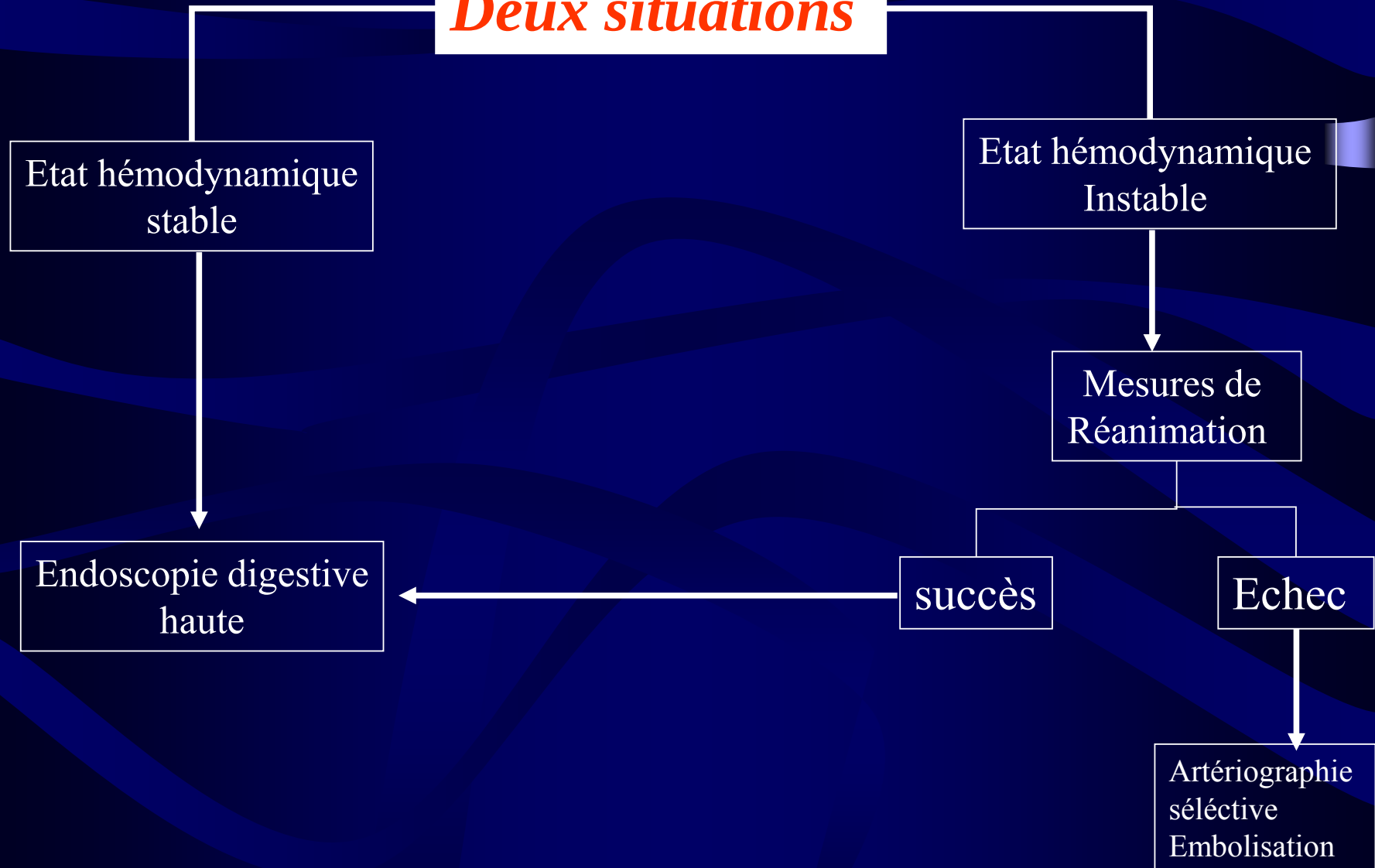
Sujet sain taux hemoglobine ≤ 7 g/dl

Sujet agé avec insuffisance cardiaque ou respiratoire si
taux d'hémoglobine ≤ 10 g/dl

Mesures d'urgence

- Surveillance stricte des paramètres:
 - Fréquence cardiaque
 - Pression artérielle
 - Etat de conscience
 - Diurèse
 - Nombre d'unités transfusées et de solutés perfusés
 - Éventuellement mesure de la PVC

Deux situations



Rechercher l' étiologie ➡ *Diagnostic étiologique*

1 *Anamnèse* ➡ ATCD de MUGD, AINS, anticoagulants, vomissements
maladie hépatique, antécédents chirurgicaux

2 *Examen clinique* ➡ méthodique et complet
Examen digestif:
IHCAire – HTP - Ascite – HPM - Masse
Examen cutanéomuqueux:
Syndrome hémorragique diffus
Reste de l'examen somatique

3 *Examens paracliniques* ➡ Endoscopie digestive haute= examen clé



- Détermine le siège des lésions responsables de l'hémorragie
- Évalue le risque de récurrence hémorragique
- Permet de réaliser un geste d'hémostase endoscopique

Condition pour FOGD

Patient à jeun, stable sur le plan hémodynamique
Systématique

Dans **6h** : hgie active ou signes de gravité initial

Dans les **24 h**

Si patient inconscient : intubation trachéal

Si le patient n'est pas à jeun ou l'estomac plein de sang : perfusion IV de 250mg d'Erythromycine 30-60 mn avant la FOGD

Etiologies

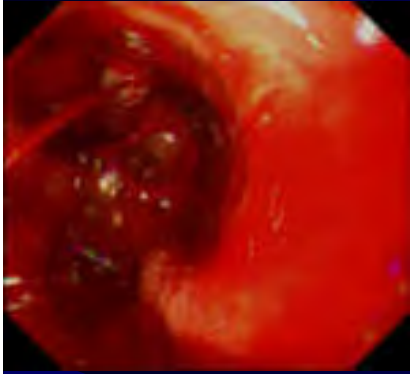
MUGD

- Cause la plus fréquente des HDH = **50%**
- Leur incidences a diminué
- MUBD > MUG
- L'hémorragie peut révéler la maladie ulcéreuse (AINS – Aspirine)
- Le diagnostic repose sur l'endoscopie haute

FOGD

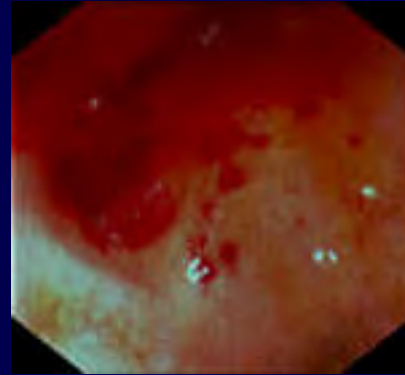
- Diagnostique
- Pronostique : classification de Forest (corrélée au risque de récidence hémorragique et de décès)
- Thérapeutique : hémostase endoscopique

Classification de Forrest



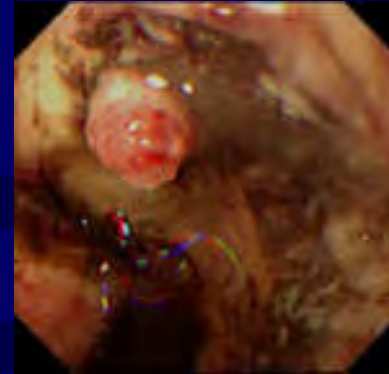
Stade Ia

Saignement en jet



Stade Ib

Saignement en nappe



Stade IIa

Vx visible



Stade IIb

Caillot adhérent



Stade IIc

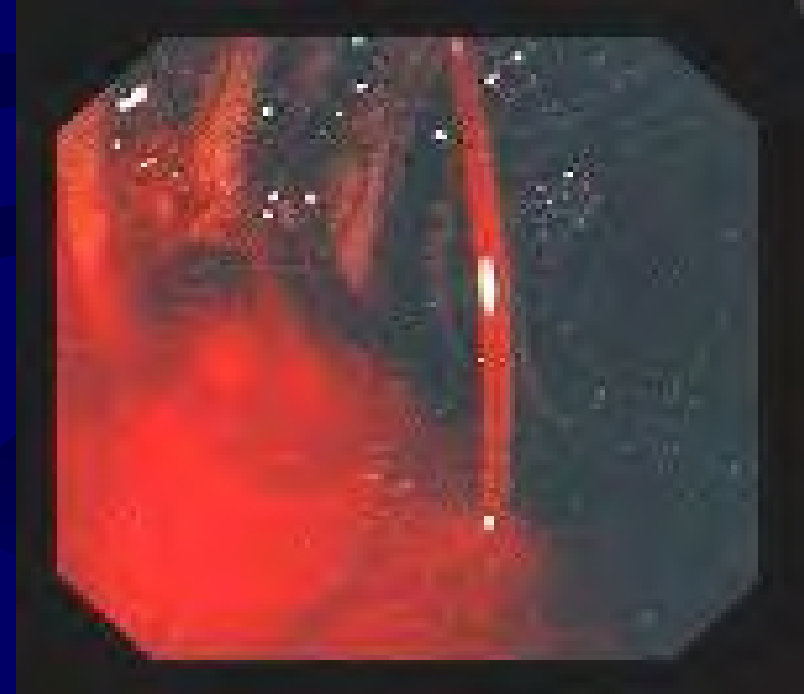
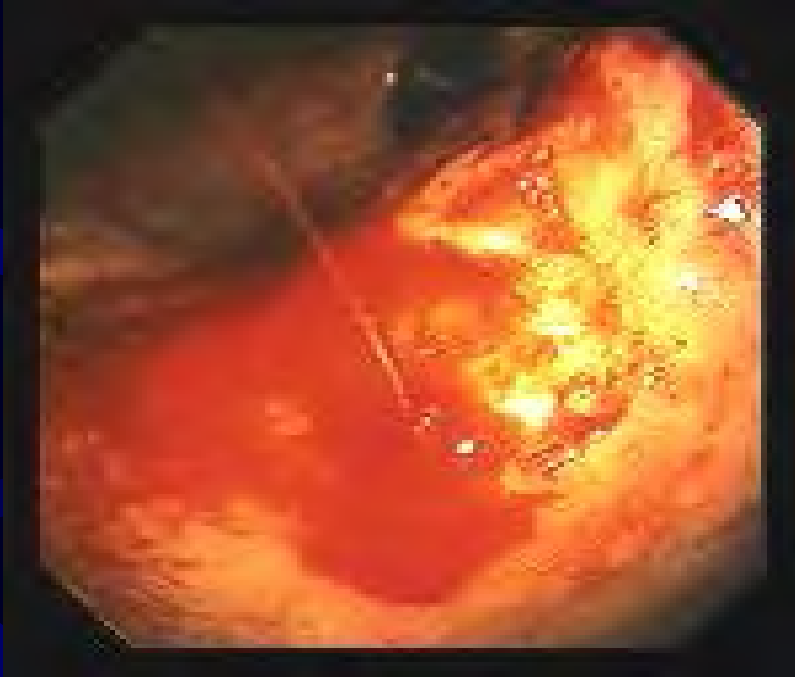
Taches pigmentées



Stade III

Ulcère propre

Ulcère gastrique: Forrest Ia



Ulcère gastrique IIa



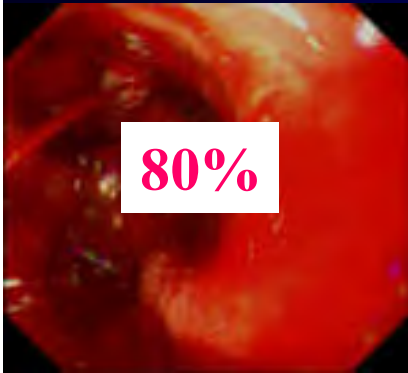
Ulcère gastrique: caillot puis vx visible; clip métallique



Ulcère gastrique: Forrest III

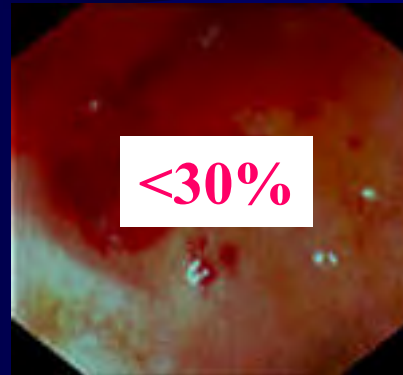


Classification de Forrest



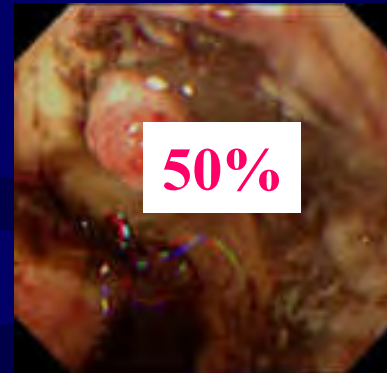
Stade Ia

Saignement en jet



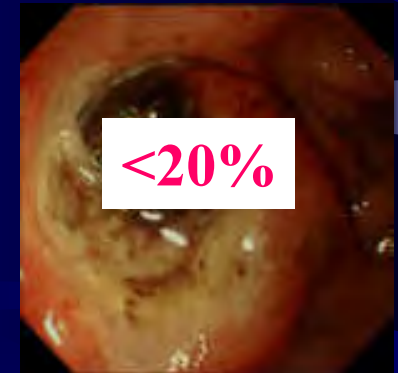
Stade Ib

Saignement en nappe



Stade IIa

Vx visible



Stade IIb

Caillot adhérent



Stade IIc

Taches pigmentées



Stade III

Ulcère propre

Lésions de duodénite érosive

Ulcère du bulbe duodénal hémorragique



Autres facteurs pronostics

- Taille de l'ulcère > 2 cm
- Hémorragie abondante, état de choc initial
- Nombre élevé d'unités de sang transfusées (6 – 8 CG/24h)
- Terrain: Age avancé, tares
- Saignement actif à l'endoscopie
- Nécessité d'une chirurgie d'urgence

Traitement de la MUGD

Buts

- Arrêter le saignement
- Prévenir les récives hémorragiques
- Accélérer la cicatrisation de l'ulcère

Moyens

Pharmacologique
Radiologique

Endoscopique
Chirurgical

Traitement de la MUGD

Moyens

- Traitement pharmacologique:
 - Antiacides
 - Antisécrétoires: antiH2, **IPP**
 - Antifibrinolytiques
 - Octréotide, somatostatine, vasopressine
 - Prostaglandines

Efficacité pour arrêter le saignement ou éviter les récives?

IPP +++++

Traitement de la MUGD

Moyens

- IPP :

Bolus de 80mg puis 8mg / h IVSE pendant 72h (forest Ia, IIa, IIb) , relai per os

N'arrête pas l'hémorragie active , accélère la cicatrisations

Traitement de la MUGD

Moyens

- Traitement endoscopique:+++ (trt de choix)
 - **Méthodes d'injection**: adrénaline, ethanol, polidocanol, sérum salé, epinéphrine...
 - **Méthodes thermiques**: Électrocoagulation, laser, sonde chauffante
 - **Nouvelles méthodes**: clips, ligature élastique, plasma argon

Efficacité équivalente: méthodes d'injection
simplicité/coût ↓

Traitement de la MUGD

Moyens

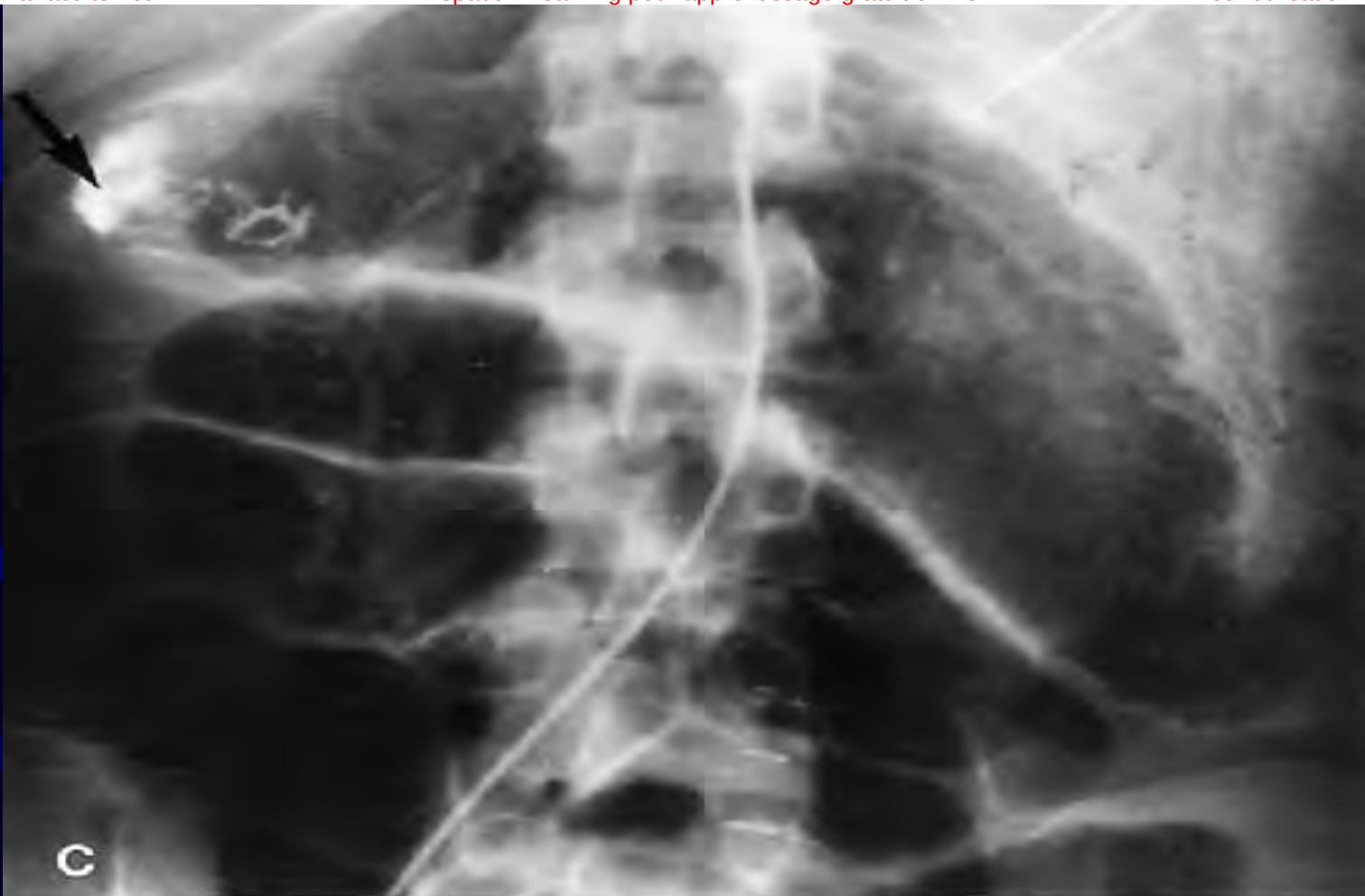
- Traitement chirurgical:
 - Déclin de la chirurgie: traitement endoscopique
+++
 - Indications: Hémorragie massive si échec ou non disponibilité du traitement endoscopique
 - Geste chirurgical: hémostase $\pm$ traitement antiacide

Traitement de la MUGD

Moyens

- Traitement radiologique :

Artériographie coelio mésentérique : avec embolisation si le débit de saignement est 0,5 – 1 ml/ mn



A B C

Figure 1-12C. A: Five-minute image from a technetium-99m pertechnetate-labeled red cell scan of a 23-year-old woman postpartum with diffuse intravascular coagulation and gross hematochezia. The radioactivity appears to extend from the hepatic flexure to a location distal to the splenic flexure (arrows). B: Angiographic injection of the superior mesenteric artery of the same patient as in A immediately after the scintigraphic study demonstrated active bleeding in the hepatic flexure area of the colon (arrow). C: Later image during the angiographic study shows persistent extravasation of contrast medium in the lumen of the colon (arrow).

Traitement de la MUGD

Indications

- Traitement endoscopique après stabilisation de l'état hémodynamique du patient pour les lésions à haut risque de récurrence

Traitement par injections et par coagulation+++

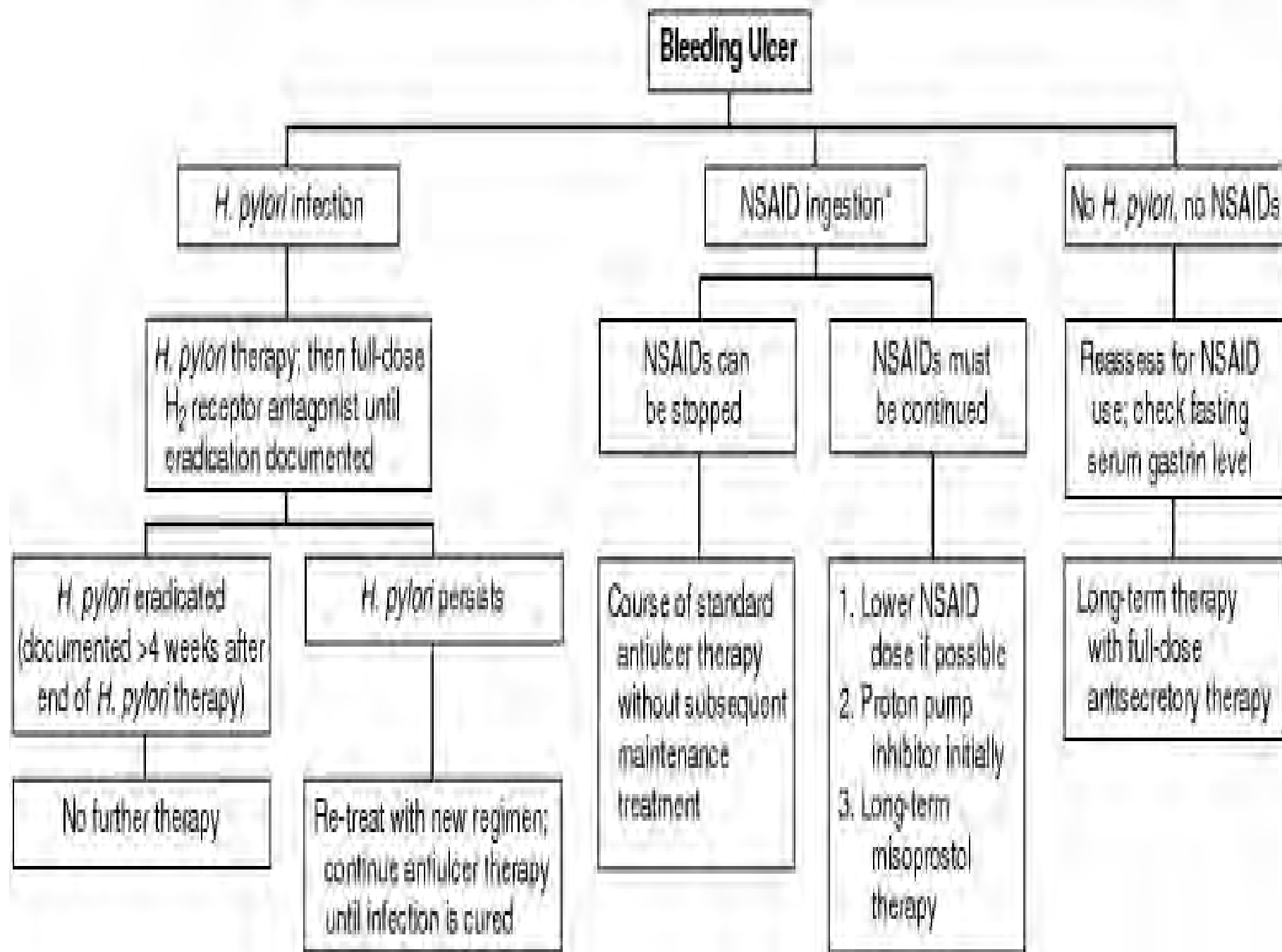
- La chirurgie s'impose en cas de non réponse au traitement endoscopique ou en cas de lésions graves
- Le traitement médical / IPP n'est qu'un traitement d'appoint

Récidive précoce(72h) ou persistance après trt endoscopique

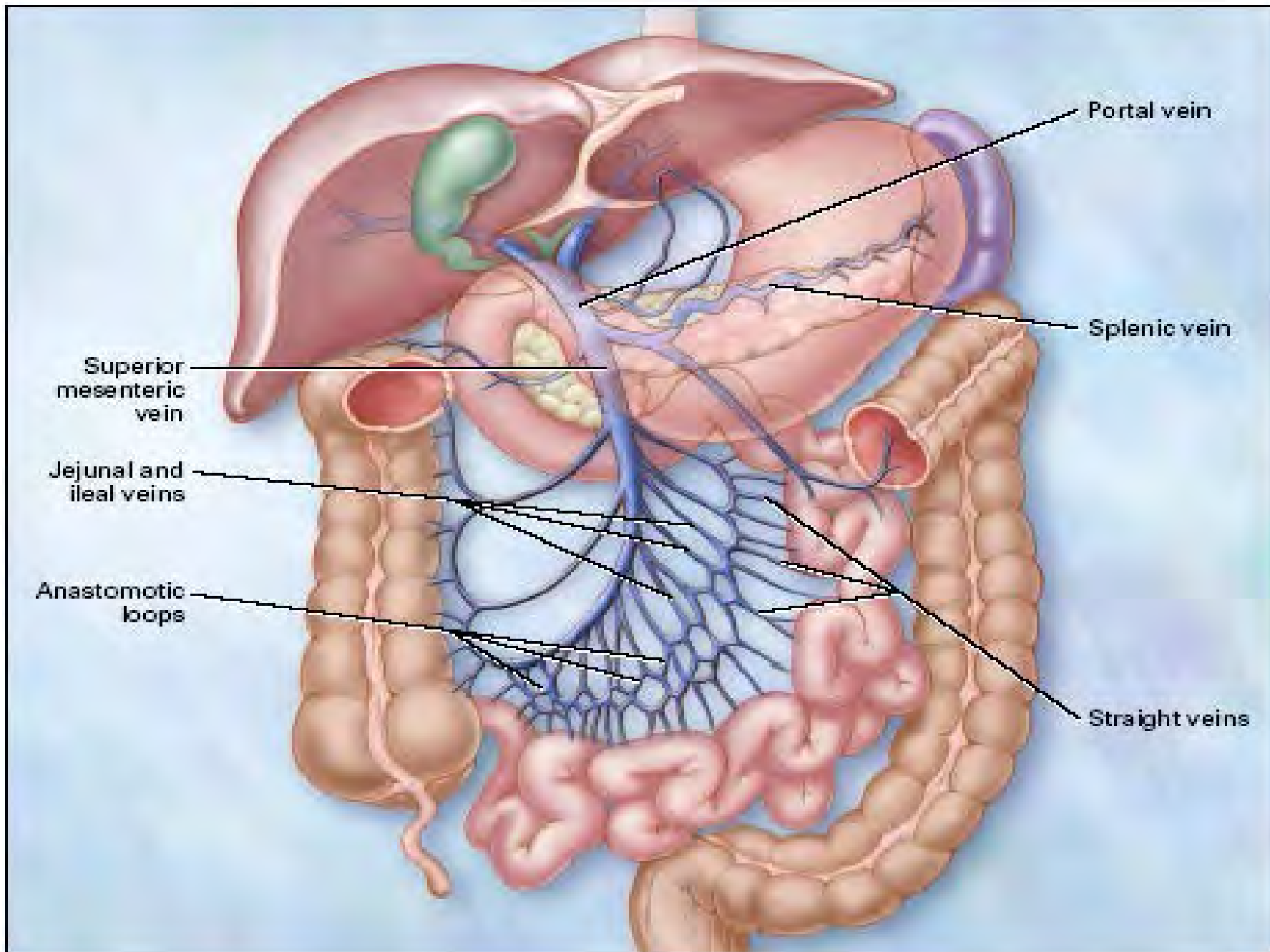
- 1^{er} hgie non grave
 - Age ≤ 60 ans
 - Ulcère ≤ 2 cm
 - Siège : face post du bulbe ou la petite courbure (-)
- 1^{er} hgie grave
 - Age de + 60 ans
 - Ulcère de + 2 cm
 - Siège : face post du bulbe ou la petite courbure (+)

Trt endos

Trt CRG



Hypertension portale



Hypertension portale

- Peut être responsable d'hémorragie digestive par:
 - Rupture de VO+++, VG
 - Gastropathie hypertensive
 - Varices de siège ectopique
- L'interrogatoire recherchera les antécédents d'hépatopathie connue ou d'ictère

Hypertension portale

- L'examen clinique recherchera les signes d'HTP et d'IHC
- Le bilan biologiques recherchera les perturbations du bilan hépatique
- L'échographie abdominale peut retrouver des signes de dysmorphie hépatique et d'hypertension portale
- L'endoscopie haute+++ : à visée Dc et Trt

Hypertension portale

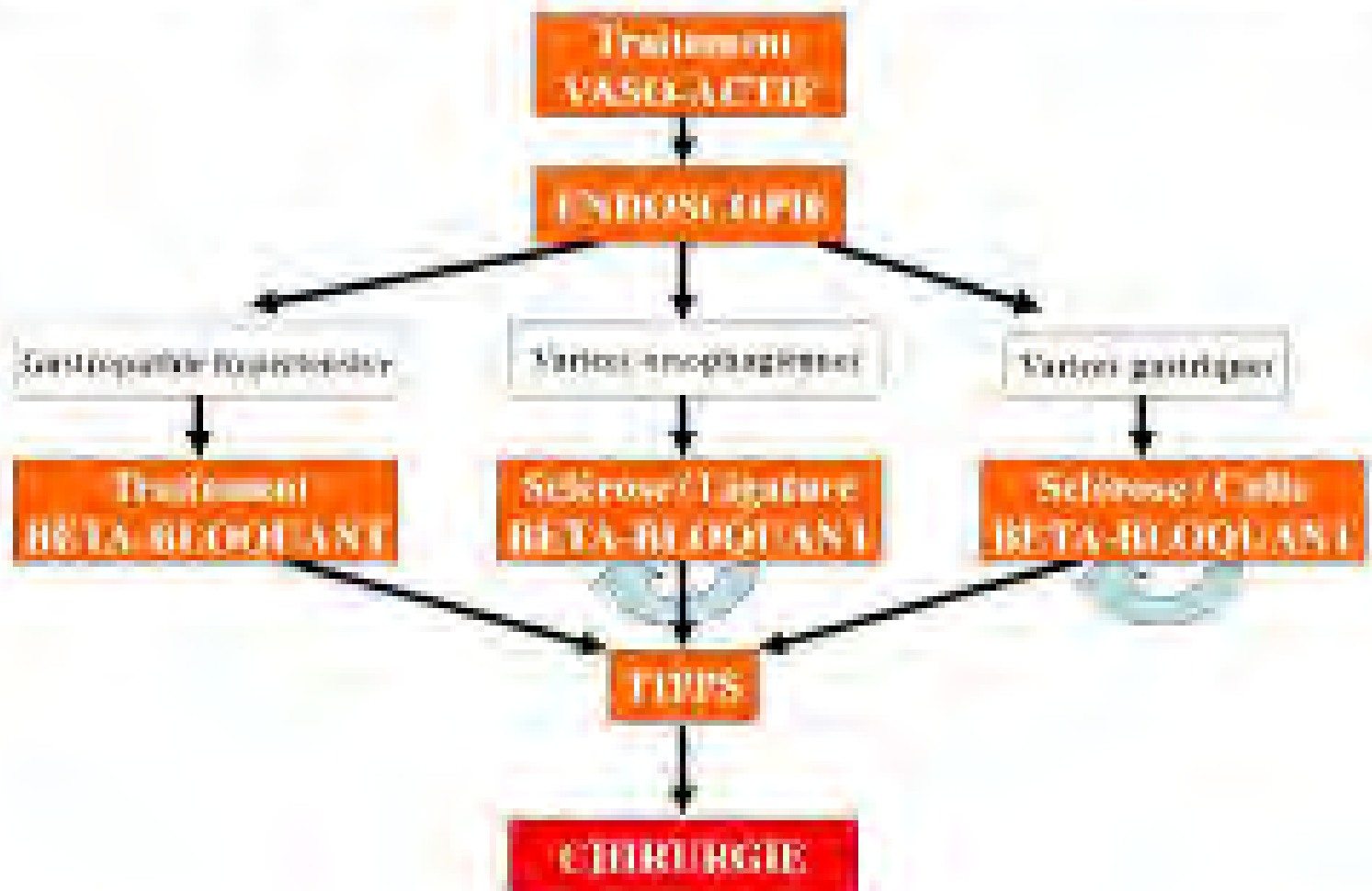
Traitement: moyens

- **Traitement vasoactif**: dérivés de la vasopressine ou de la somatostatine (octréotide)
- **Traitement endoscopique**: Sclérose ou LE
- **Tamponnement** par la sonde à ballonnets Blakemore pour les VO ou de Linton pour les VG
- **Traitement radiologique** par les TIPS
- **Traitement chirurgical** par transsection oesophagienne ou dérivation portosystémique

HTP (cirrhotique)

- Mesures de réanimation
- Transfusion : Hb 7 - 8 g/dl
- Traitement pharmacologique (vasoactive)
- Prévention des Cpc : - ATB .
- Schéma E H
- traitement endoscopique :
VO/ VG / GHTP

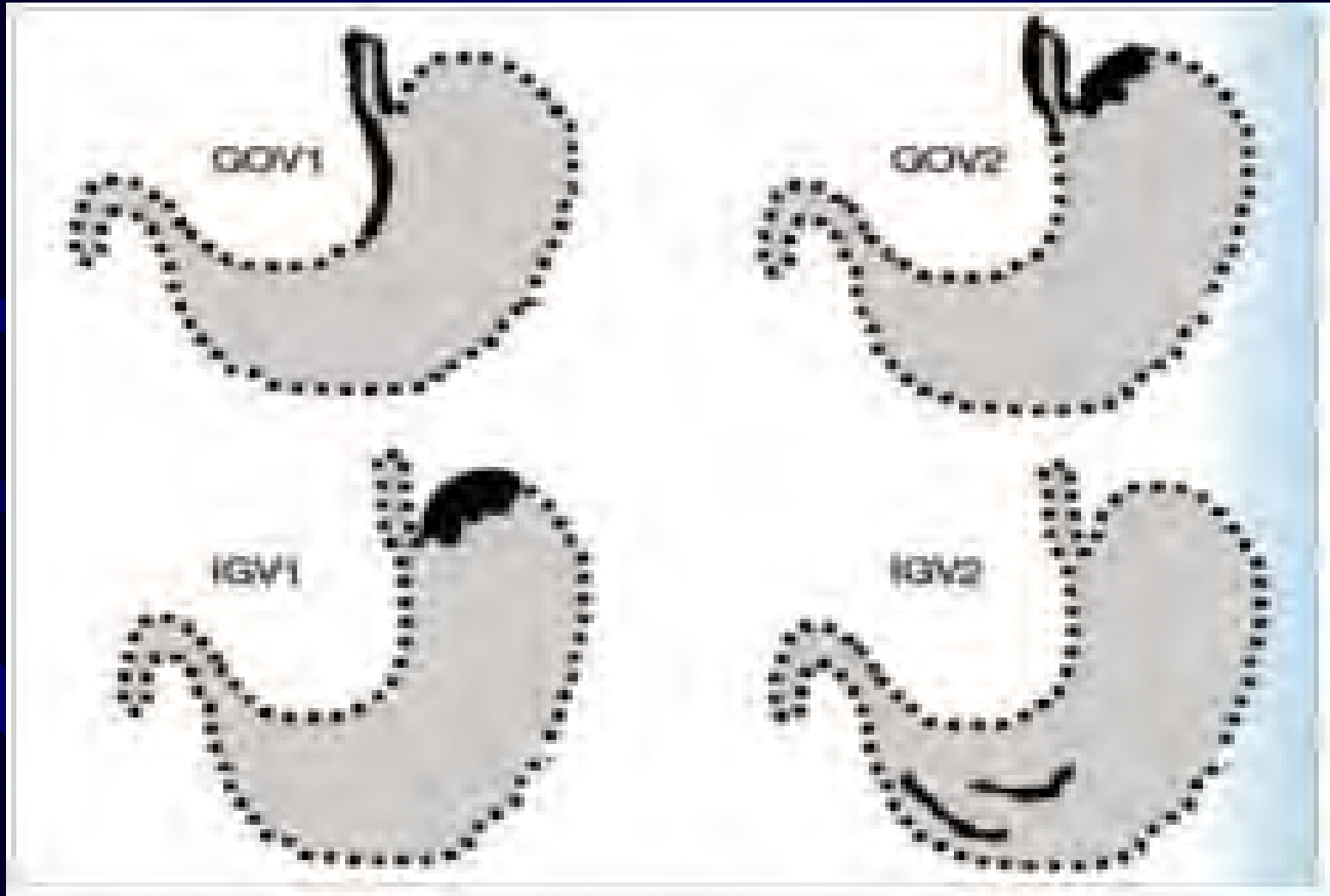
Algorithme du traitement de l'hémorragie du cirrhotique



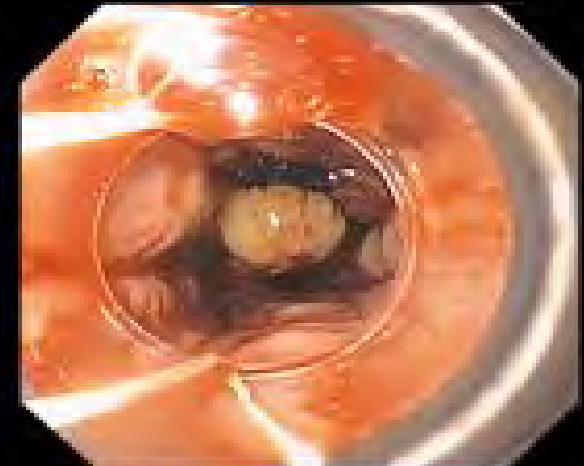
Varices oesophagiennes et sous cardiales



VO avec saignement en cours



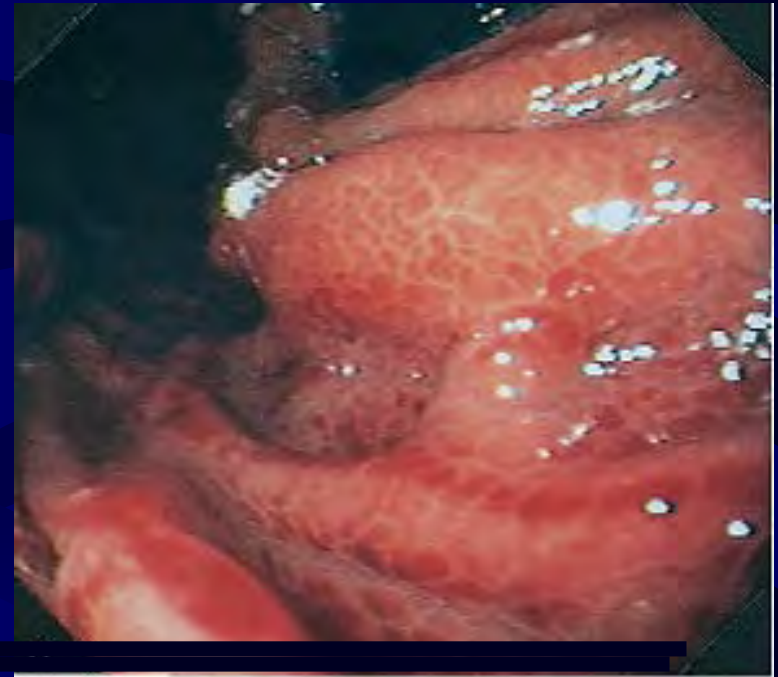
VO avec SSR: Vx visible



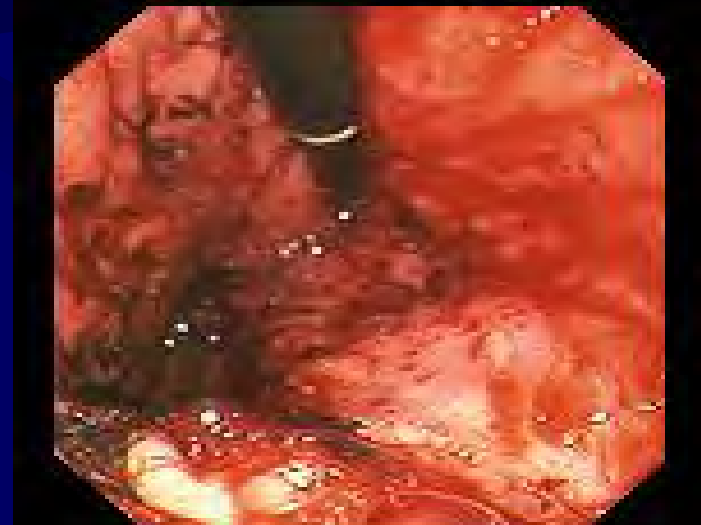
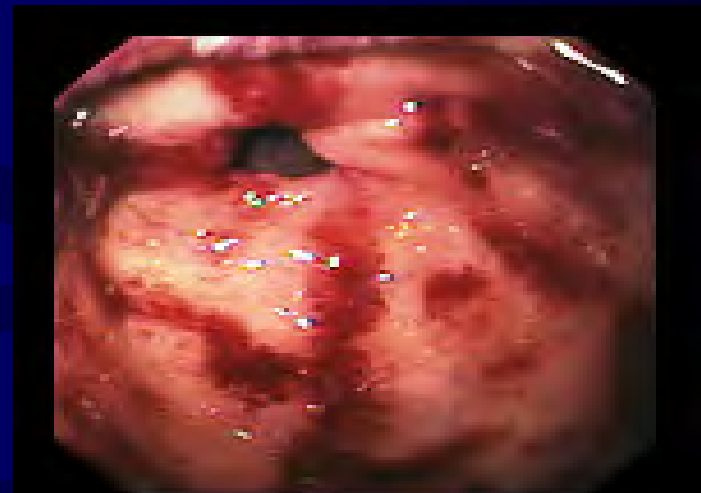
Varice ectopique: duodénum

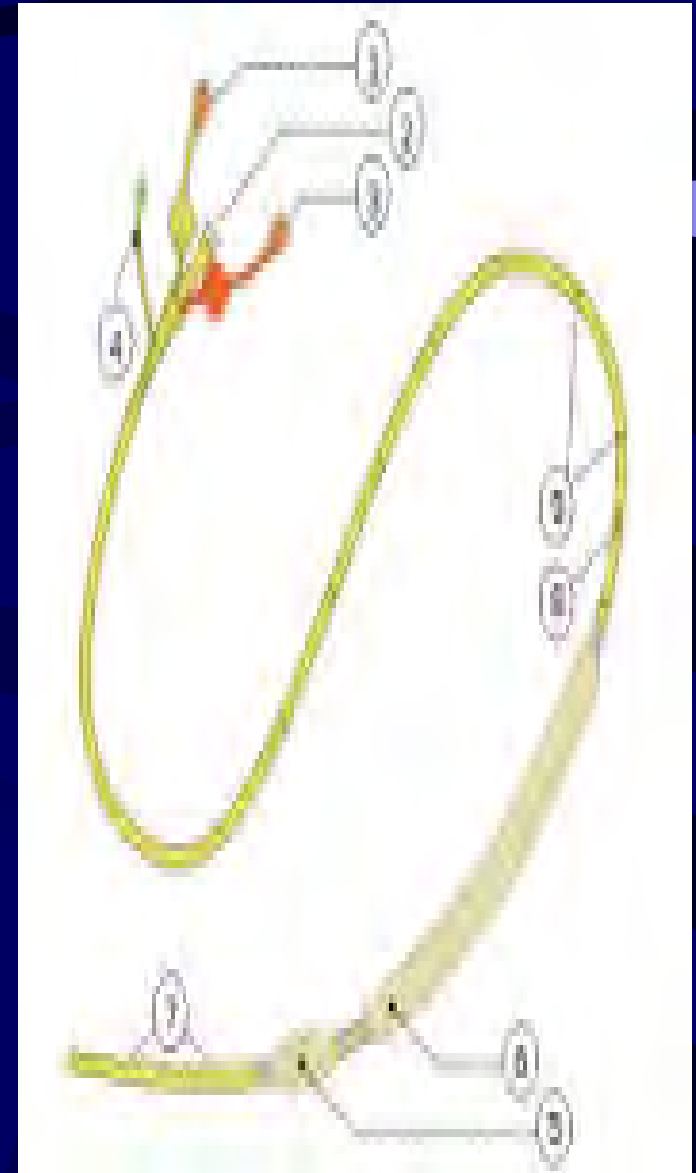
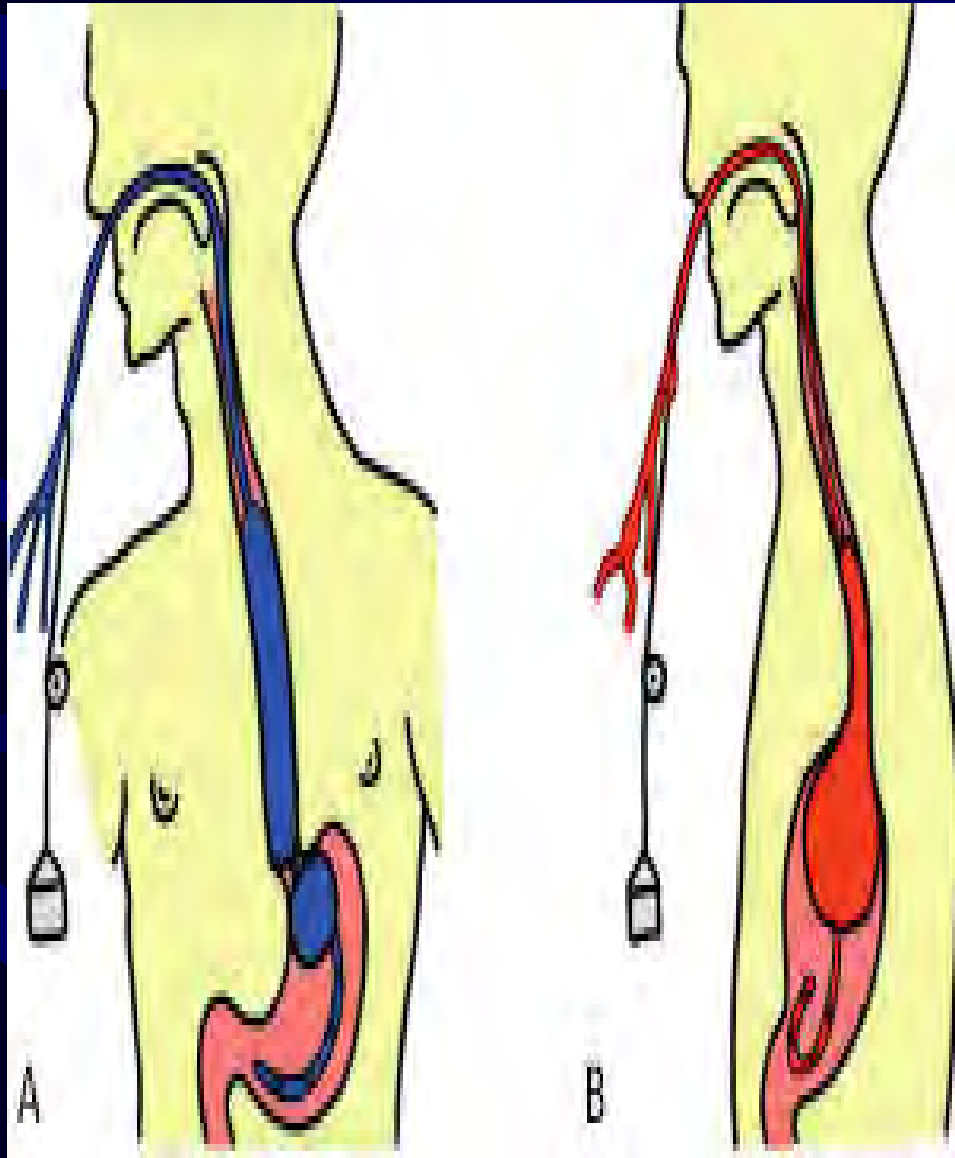


Gastropathie hypertensive

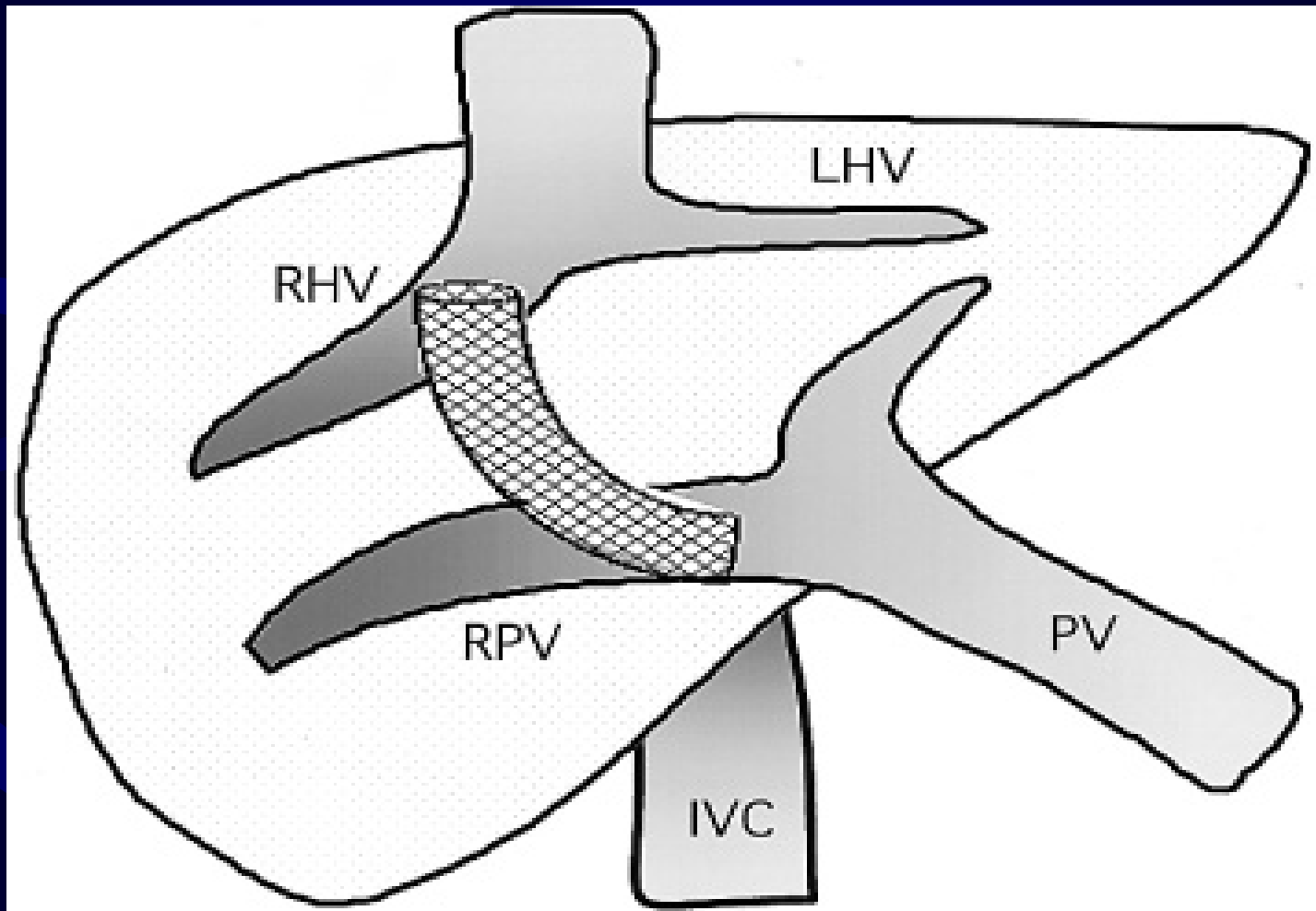


Watermelon stomach



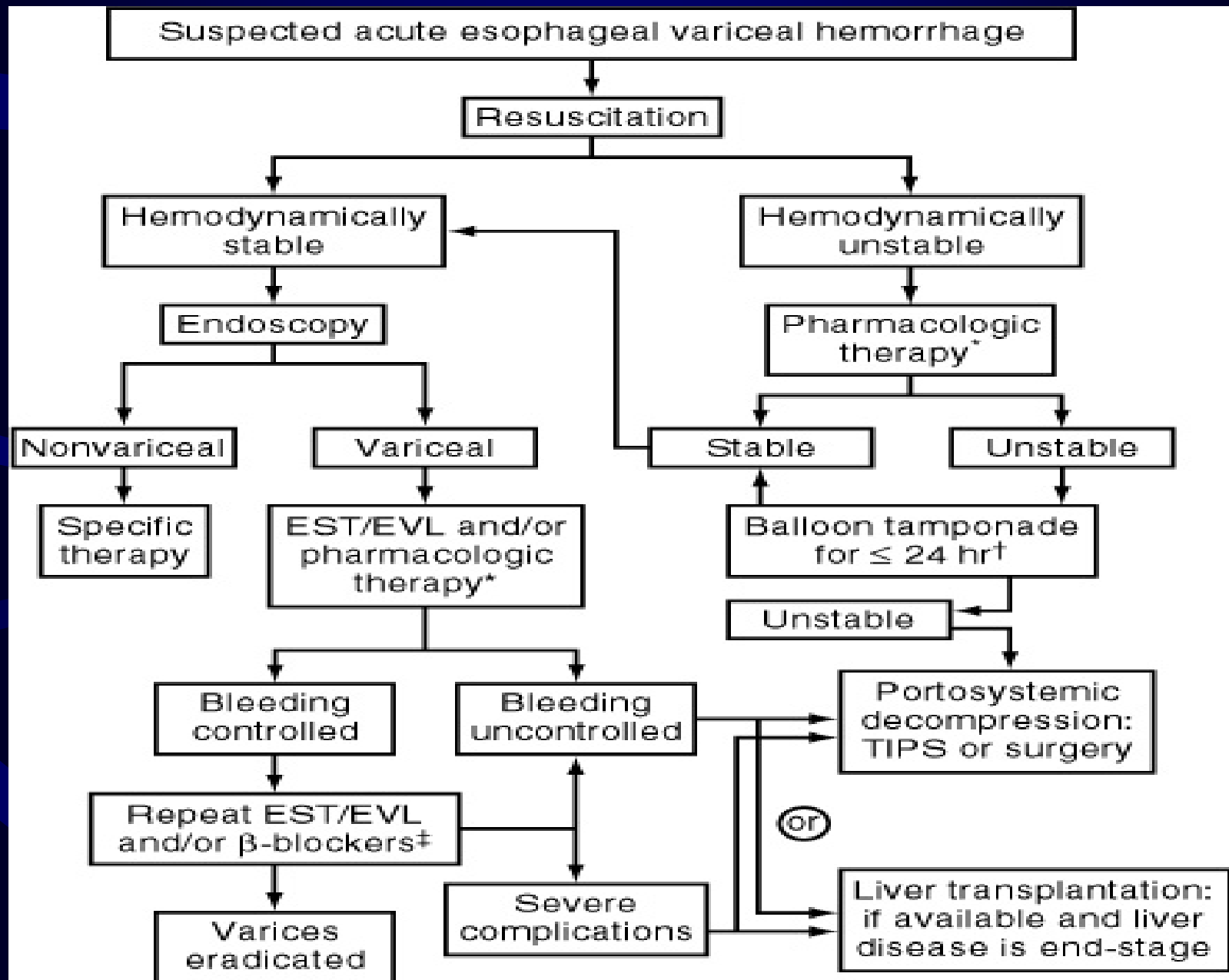


Traitement des varices par TIPS



VO traitement par TIPS





Lésions aiguës gastro-duodénales

Surviennent dans deux contextes très différents

Prise de médicaments
gastro-toxiques:

Aspirine, AINS,
Alcool= ulcérations
multiples, l'hémorragie
cède souvent à l'arrêt
du traitement

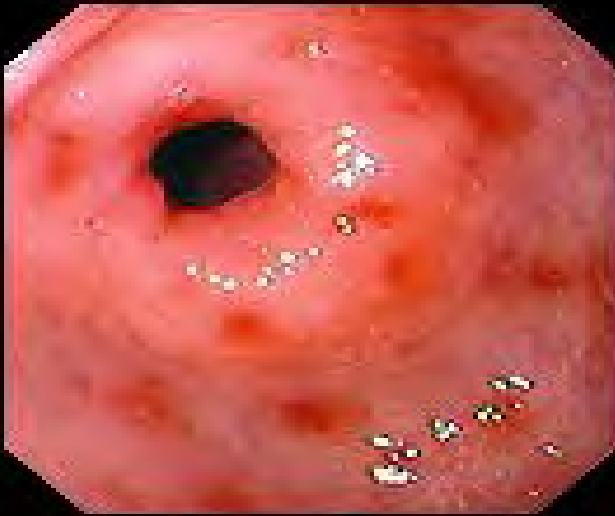
Lésions aiguës dites de
« stress »:

Défaillance poly-viscérale
grave, infections sévères,
grands brûlés, après
chirurgie lourde(cardiaque,
reconstruction
orthopédique majeure)

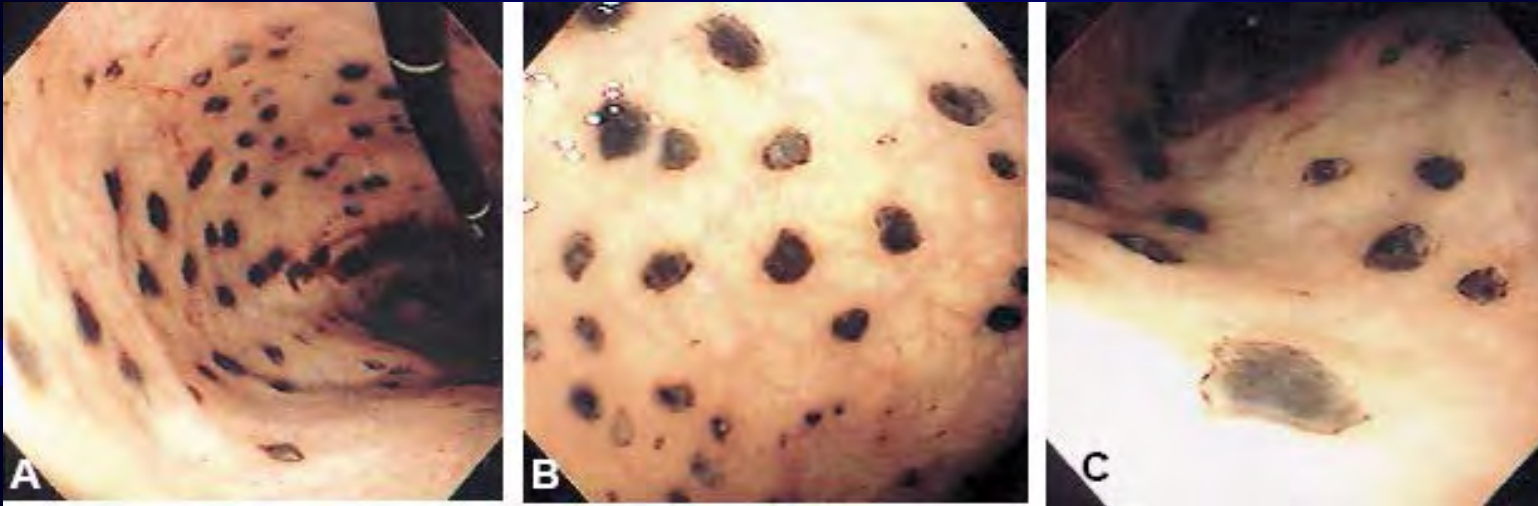
Lésions aiguës gastro-duodénales

- Traitement: étiologique auquel s'associe un traitement antisécrétoire
- L'évolution est le plus souvent favorable, le traitement chirurgical peut aller de la simple suture d'une lésion localisée à la gastrectomie totale d'hémostase en cas d'hémorragie grave non contrôlée,
- **Le véritable traitement est la prévention :**
 - Prescription mesurée des médicaments connues pour leur gastro-toxicité
 - Prise en charge adéquate des patients en situation de stress

Lésions gastriques aux AINS



Lésions aiguës de stress



Syndrome de Mallory-Weiss

- L'hémorragie est secondaire à une déchirure longitudinale située à cheval sur le cardia consécutive à des efforts de vomissements
- L'endoscopie reconnaît aisément la lésion
- L'évolution est le plus souvent spontanément favorable, le traitement endoscopique est rarement nécessaire
- Il faudra rechercher la cause des vomissements

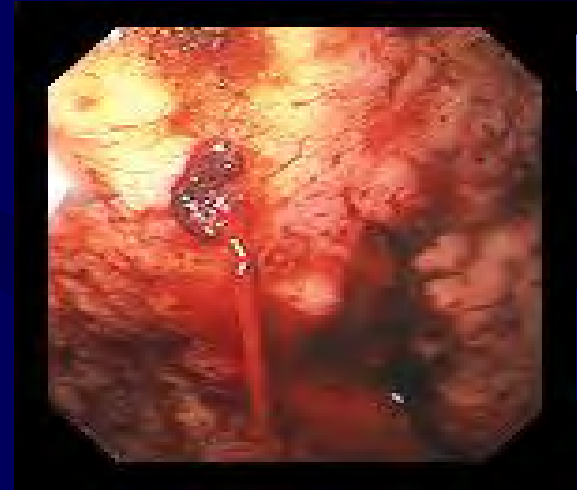
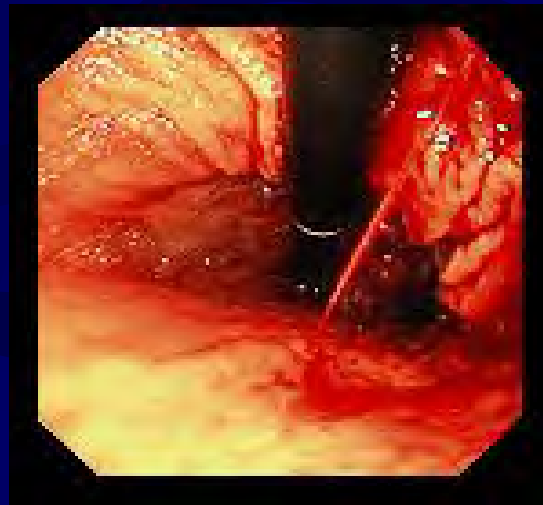
Mallory weiss



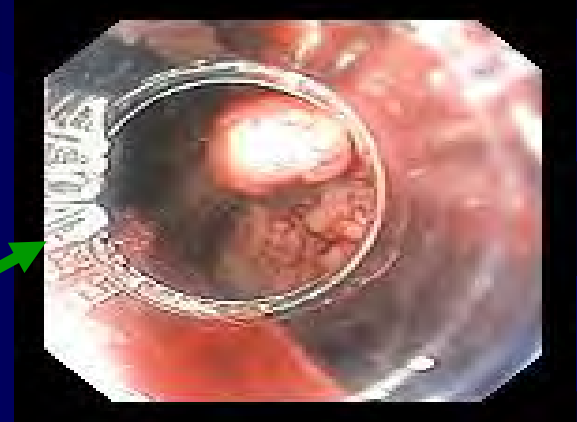
Exulcération simple de Dieulafoy

- Lésion érodant une artériole de la sous muqueuse
- Dc **endoscopique difficile** : en raison de l'abondance du saignement et de la petite taille de la lésion et de sa localisation habituellement haute dans l'estomac (Fundus)
- Le **traitement endoscopique** est à préconiser en première intention (ligature ou clips) la chirurgie s'impose en cas d'échec

Ulcère simplex de dieulafoy



Ligature



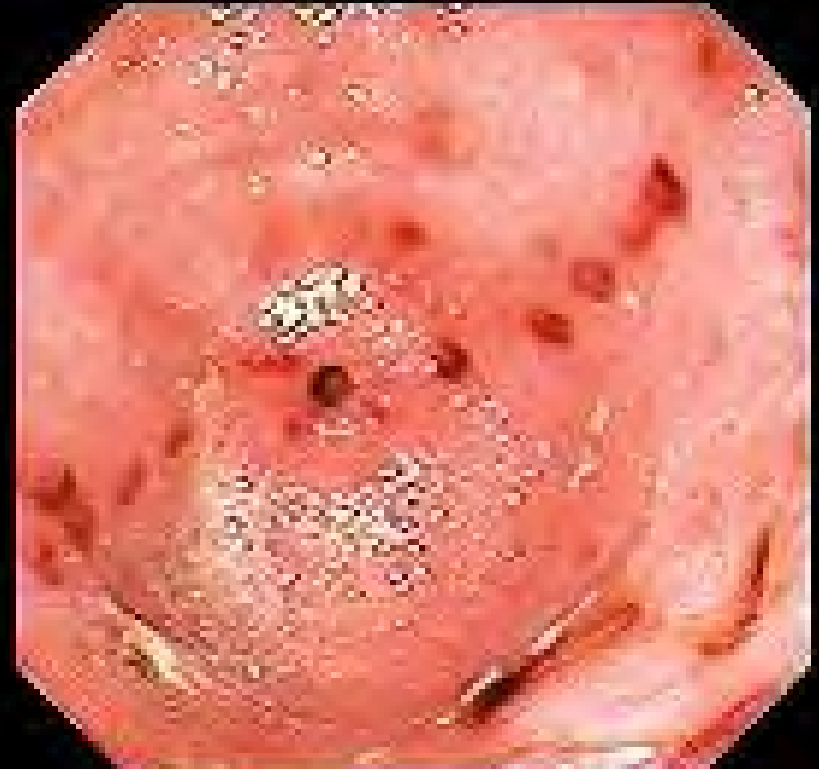
Ulcération muqueuse en regard d'une artère sous muqueuse volumineuse et sinueuse

Autres lésions

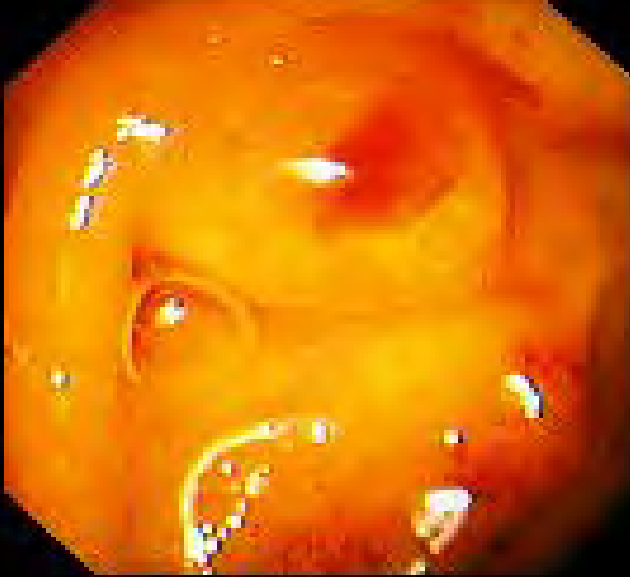
Ulcère de l'oesophage



Lésions iatrogènes: Sonde naso-gastrique



Angiodysplasie



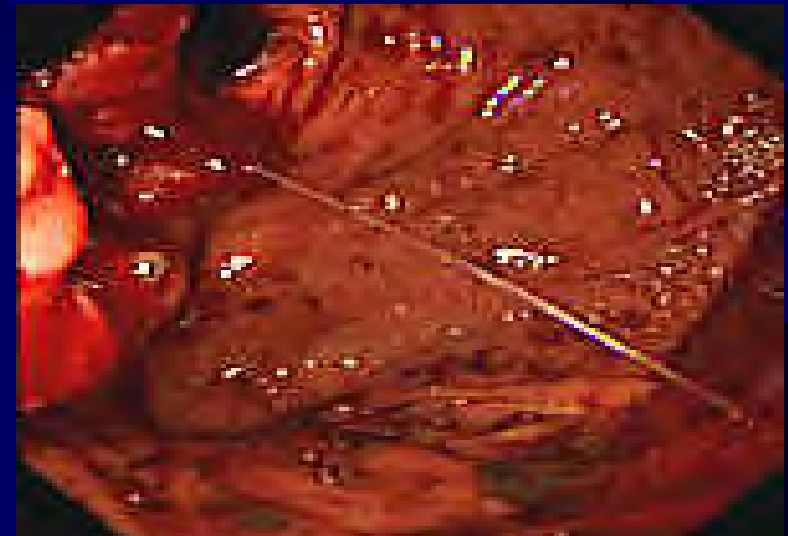
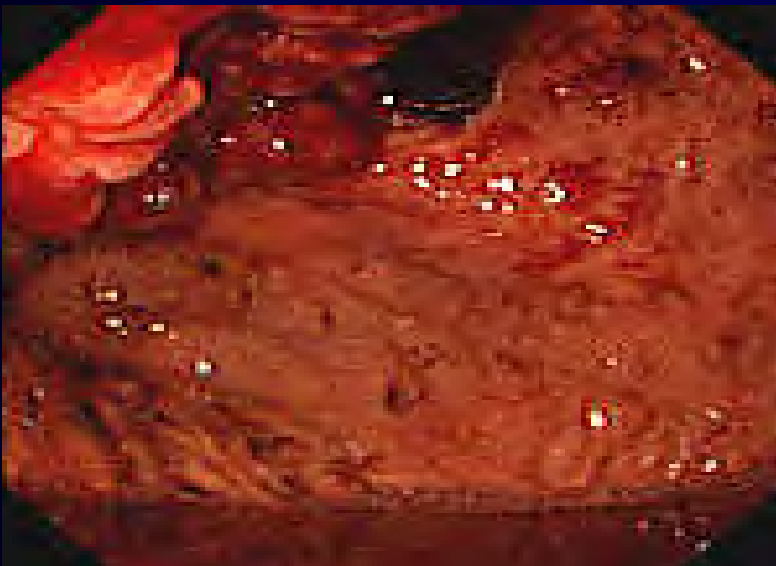
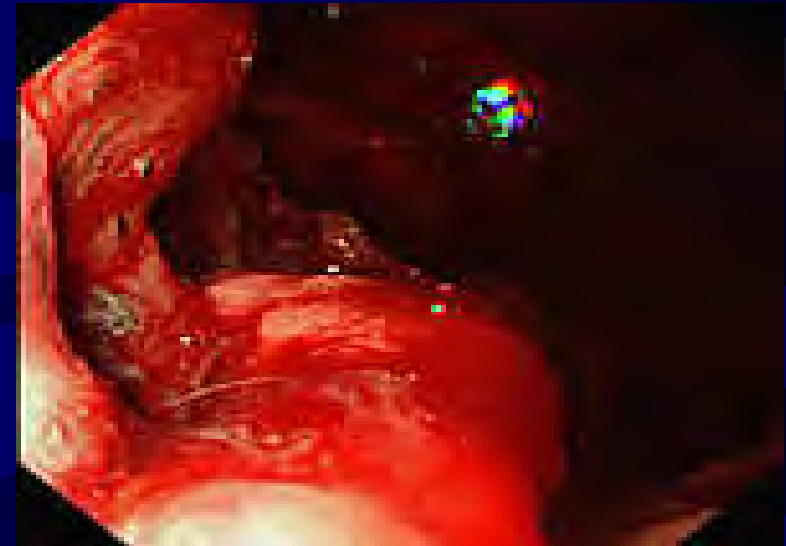
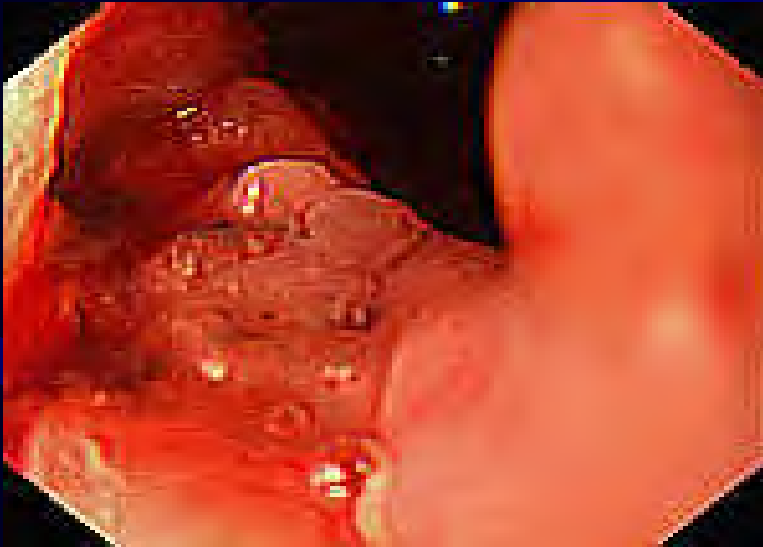
Angiodysplasie+traitement



Tumeurs s/muqueuses



Tumeurs malignes



Hémobilie

Wirsunguoragie

Conclusion

- L'hémorragie digestive haute est une **urgence médico-chirurgicale**
- La prise en charge doit être **rapide** et **efficace**
- L'endoscopie digestive haute
 stabilisation hémodynamique


Diagnostic et traitement